

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 3

A propos de 58 cas de phlébites
des suites de couches
recueillies à la clinique Obstétricale
au cours d'une période de 10 ans (1919-1928)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René DEVY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Octobre 1906 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

A propos de 58 cas de phlébites
des suites de couches
recueillies à la Clinique Obstétricale
au cours d'une période de 10 ans (1919-1928)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553621_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 3

A propos de 58 cas de phlébites
des suites de couches
recueillies à la clinique Obstétricale
au cours d'une période de 10 ans (1919-1928)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René DEVY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Octobre 1906 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIER
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président*; RHENTER, *assesseur*;
GATÉ et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A L'HÉROIQUE MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON GRAND-PÈRE

A MES GRAND'MÈRES

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance à l'infini de son amour.

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MES TANTES

A MES COUSINS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur de présider notre jury de thèse ; nous avons pu apprécier la valeur de son enseignement, dans cette clinique où il nous réserva toujours le meilleur accueil. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

Moniteur de Clinique Obstétricale

Nous lui devons le sujet de cette thèse ; nous lui devons nos quelques connaissances obstétricales. Dans la rédaction de ce travail, il ne nous a épargné ni son temps, ni ses judicieux conseils. De tout cœur, nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A propos de 58 cas de phlébites
des suites de couches
recueillies à la Clinique Obstétricale
au cours d'une période de 10 ans (1919-1928)

Introduction

Au cours de notre stage à la Clinique Obstétricale, nous avons eu l'occasion de voir, à la II^e Infirmerie, deux phlébites des suites de couches. A ce sujet, notre maître, M. le Professeur Voron, nous disait combien il était exceptionnel de rencontrer deux phlébites à l'Infirmerie : il y avait, en effet, près d'un an que cette complication n'avait été constatée dans le service. Nous nous étions figuré, au contraire, que cette affection était relativement plus fréquente et qu'on devait en trouver en permanence dans les services obstétricaux. M. le Docteur Pigeaud, Moniteur de Clinique, à qui nous exprimions notre étonnement, nous proposa d'étudier cette question, au double point de vue statistique et clinique : de rechercher tous les cas de phlébite des membres inférieurs, survenus et traités à la clinique obstétricale de 1919 à 1928 ; d'étudier sérieusement ces observations, de les classer et d'essayer de dégager, dans la mesure du possible, quel-

ques faits précis, notamment : les différents signes de la phlegmatia ; l'existence ou l'absence de signes prémonitoires ; la date d'apparition et la durée de l'affection ; la fréquence et la date d'apparition des accidents emboliques.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des notions nouvelles sur un sujet très étudié : plus simplement, nous avons voulu voir où en était la question des phlébites du post-partum, aujourd'hui que les conditions d'hygiène sont supérieures à celles d'il y a quelques années, que des consultations prénatales fonctionnent régulièrement et que la fréquence des infections puerpérales graves a sensiblement diminué ; faire, en somme, une mise au point, selon nous nécessaire dans un grand service de clinique, comme il est bon d'en faire, de temps à autre, pour préciser des points particuliers, vérifier des hypothèses ou juger de l'efficacité d'une thérapeutique.

Mais nous nous sommes aperçu rapidement que, s'il y avait bien des phlébites se manifestant par un cortège de symptômes à peu près complet, avec modifications nettes du pouls et de la température, évoluant un à deux mois et plus, réalisant le tableau clinique de la « phlegmatia alba dolens » des accouchées dans sa forme classique, il y avait aussi une série de cas à symptomatologie plus réduite, s'accompagnant ou non de légères réactions thermiques, mais avec une accélération du pouls constante et à évolution relativement courte : incontestablement, il s'agit là de phlébites, mais atténuées, de phlébites légères ou fugaces.

Cette distinction nécessaire, nous semble-t-il, étant faite, nous adopterons le plan suivant :

Un premier chapitre contiendra les statistiques générales concernant l'ensemble des cas ;

Dans un deuxième chapitre, nous nous occuperons des signes et des formes cliniques des **phlébites** légères ;

Dans un troisième chapitre, nous étudierons l'évolution des phlébites, leurs complications locales et générales et leurs séquelles ;

Un quatrième chapitre nous permettra de faire quelques remarques relatives à l'étiologie et à la pathogénie de la phlegmatia.

Une dernière partie sera consacrée aux conclusions résumant l'ensemble de nos constatations.

A la fin de notre thèse, un tableau groupera les faits importants de chaque observation.

Examen des faits observés

CHAPITRE PREMIER

Statistiques générales

Nous engloberons dans ce chapitre les résultats concernant :

- 1° La fréquence des phlébites du membre inférieur;
- 2° Le « terrain » sur lequel elles apparaissent.

1° Fréquence

Nous avons trouvé, dans la période de 10 ans qui va de 1919 à 1928 inclus :

23 phlébites classiques sur 11.266 observations, soit un pourcentage de 0,20 ;

35 phlébites légères sur 11.266 observations, soit un pourcentage de 0,31.

En tout 58 sur 11.266 observations, soit un pourcentage de 0,515.

C'est-à-dire :

2 phlébites classiques pour 1.000 accouchements ;

3 phlébites légères pour 1.000 accouchements.

En tout : 5 phlébites pour 1.000.

Voici leur répartition par année :

Années	Nombre d'observations	Phlébites classiques	Phlébites légères	Total et pourcentage
1919	1.161	0	3 soit 0,25 %	3 soit 0,25 %
1920	1.287	2 soit 0,15 %	4 soit 0,31 %	6 soit 0,46 %
1921	1.103	4 soit 0,36 %	1 soit 0,09 %	5 soit 0,45 %
1922	1.041	3 soit 0,28 %	5 soit 0,48 %	8 soit 0,76 %
1923	1.043	5 soit 0,48 %	8 soit 0,76 %	13 soit 1,24 %
1924	1.094	2 soit 0,18 %	5 soit 0,45 %	7 soit 0,63 %
1925	1.114	3 soit 0,26 %	2 soit 0,17 %	5 soit 0,44 %
1926	1.146	0	2 soit 0,17 %	2 soit 0,17 %
1927	1.046	0	1 soit 0,09 %	1 soit 0,09 %
1928	1.232	4 soit 0,32 %	4 soit 0,32 %	8 soit 0,64 %

Donc :

En ce qui concerne les phlébites classiques, leur proportion est à peu près constante de 1920 à 1925 et en 1928 ; on n'en a point vu les 3 années 1919, 1926 et 1927 ;

En ce qui concerne les phlébites légères, le pourcentage présente des variations plus sensibles.

2° Le « Terrain »

Nous entendons, par ce terme, les faits se rapportant à l'âge et la parité de l'accouchée, aux interventions pratiquées et à la saison où apparaissent les phlébites. En l'absence de facteurs étiologiques nets, il nous a paru intéressant de rechercher si l'étude de ce terrain apportait quelques notions précises.

a) AGE

Jusqu'à 20 ans, on trouve : 3 phlébites ;

De 20 à 30 ans, on trouve : 30 phlébites ;

De 30 à 40 ans, on trouve : 22 phlébites ;
A 40 ans et au-dessus, on trouve : 3 phlébites.

Logiquement, on ne peut pas tirer de conclusions justes de ce tableau, car la période allant de 20 à 30 ans est, par excellence, celle de la maternité. Il semble cependant, d'après ces résultats et en tenant compte du nombre relativement grand des femmes ayant accouché à la Charité avant leur 20^e année, que la phlébite soit rare au-dessous de 20 ans.

b) PARITÉ

	Phlébites légères	Phlébites classiques	Total
<i>Primipares</i>	20 soit 57,14 %	16 soit 69,57 %	36 soit 62,07 %
<i>Secondipares</i>	9	3	12
<i>Tertipares</i>	2	1	3
<i>Quartipares</i>	3	3	6
<i>Quintipares</i>	0	0	0
<i>Sextipares</i>	1	0	1
<i>Multipares</i>	15 soit 42,85 %	7 soit 30,43 %	22 soit 37,93 %

La phlébite est donc plus fréquente chez les primipares.

c) INTERVENTIONS

Ce terme groupe les faits suivants :

Pendant la grossesse :	Au moment de l'accouchement ou après :
	Révisions utérines pour ré-
Bassins rétrécis 3	tention 7
Gémellaires 2	Forceps 6
Placenta prævia 1	Délivrances artificielles 5
Albuminurie gravidique forte 1	Périnéorrhaphies 2
Fibrome 1	Craniotomie 1
Hydramnios 1	Césarienne 1
Polyhydramnie 1	Version sur pied procident . 1

Or :

Ces 33 interventions se répartissent sur 23 accouchements.

35 accouchements ont été spontanés.

C'est-à-dire :

Sur 58 phlébites :

35 sont survenues après des accouchements normaux ;

23 sont survenues après diverses interventions.

Il nous a été impossible de rechercher le nombre total des accouchements spontanés et des accouchements pour lesquels on est intervenu : on ne peut, par conséquent, donner le pourcentage intéressant, c'est-à-dire le nombre de phlébites consécutives à des interventions. Cependant, le fait de trouver presque autant de phlébites après les accouchements dystociques (ceux-là représentant 80 à 90 % de la totalité des accouchements), qu'après les accouchements spontanés, ce fait montre bien le rôle des interventions diverses dans la production des infections puerpérales en général et des phlébites en particulier.

d) SAISON

Y a-t-il une « saison de choix », en quelque sorte, pour la phlébite ?

Notre maître, M. le Professeur Voron, attire souvent l'attention de ses élèves sur la fréquence et la gravité de l'infection puerpérale à certaines époques : en particulier en février, mars et avril.

Nous avons effectué des recherches : en voici le résumé :

Mois	Phlébites classiques	Phlébites légères	Total
Janvier	6	4	10
Février	3	4	7
Mars	1	6	7
Avril	0	2	2
Mai	2	2	4
Juin	0	1	1
Juillet	2	2	4
Août	0	0	0
Septembre	3	3	6
Octobre	2	4	6
Novembre	0	3	3
Décembre	4	4	8

Ce tableau montre que les phlébites sont plus fréquentes en hiver : les 4 mois, décembre, janvier, février, mars, groupent en effet 32 cas sur 58, soit 55,17 % des cas, les 26 autres (soit 44,83 %) se répartissant sur les 8 autres mois.

Fait remarquable : dans une période de 10 ans, on n'a jamais vu apparaître de phlébite, au mois d'août, à la clinique obstétricale.

Ces constatations posent le problème des rapports de l'infection puerpérale en général et des phlébites en particulier, avec les infections des autres appareils fréquentes en hiver, notamment avec la grippe.

CHAPITRE II

Etude des Phlébites légères

Nous étudierons dans ce chapitre :

1° L'aspect sous lequel se présentent les phlébites légères et les signes qui permettent d'en faire le diagnostic ;

2° Les signes prémonitoires, principalement ceux tirés de l'allure de la courbe thermique.

REMARQUE PRÉLIMINAIRE

Nous ne nous sommes occupé que des phlébites légères pour deux raisons :

La phlegmatia alba dolens classique est bien connue ;

Les observations concernant ces phlébites ne donnent pas, en général, la totalité des symptômes constatés : elles portent très souvent le seul diagnostic : phlegmatia alba dolens. Par suite, il était difficile de recueillir tous les signes et de préciser leur valeur.

1° Aspect des phlébites légères

Nous avons pu les classer en 4 groupes :

1^{er} GROUPE. — Il contient un certain nombre de phlébites à symptomatologie assez complète :

Douleur ;

Œdème bi-malléolaire d'importance variable, apparaissant après la douleur :

Température à 37,8, 38, 38,5, 39 ;

Pouls allant de 80 à 100.

C'est le cas des 10 observations suivantes :

553	1920	817	1924
1.158	1920	826	1924
194	1922	938	1924
272	1923	424	1925
977	1923	1.043	1926

2° GROUPE. — Mêmes symptômes, mais l'œdème fait défaut : douleur et tension marquée des masses musculaires, ascension thermique comme précédemment, pouls à 100-110.

11 observations ressortissent à ce groupe :

625	1919	117	1923
44	1920	539	1923
251	1921	908	1924
5	1922	175	1927
48-49	1922	851	1928
1.037	1922		

3° GROUPE. — Symptomatologie réduite à :

Douleur et tension des masses musculaires ;

Apyrexie ;

Pouls à 80-90.

On peut classer dans ce groupe les 10 cas suivants :

816	1919	213	1923
873	1919	898	1923
135	1920	204	1924
130	1922	429	1925
80	1923	324	1926

4^e GROUPE. — Symptomatologie réduite uniquement à :

Cedème blanc, caractéristique, des malléoles ;

Apyrexie ;

Pouls à 80.

1 seul cas : observation n° 212, 1923.

N. B. — 2 cas n'ont pu être classés :

Obs. 218, 1928 : « Phlébite légère du membre inférieur gauche. » On ne donne aucun signe.

Obs. 1.206, 1928 : « Ebauche de phlébite apyretique. » Aucun signe n'est mentionné.

Une question se pose : s'agit-il bien de phlébites dans tous ces cas ?

On ne saurait toujours l'affirmer : en effet, lorsqu'au 12^e jour du post-partum, une femme accuse une simple douleur, dans le mollet par exemple, sans autres signes bien nets, on redoute évidemment la phlébite ; mais il est difficile d'en affirmer l'existence lorsque ces signes disparaissent 3 ou 4 jours après.

Dans la plupart de nos observations, il n'en est pas ainsi, et la nature du processus peut être affirmée : tel est le cas des groupes I et II où on trouve :

Groupe II : douleur, accélération du pouls, température subfébrile; et à plus forte raison :

Groupe I : douleur, œdème bi-malléolaire, accélération du pouls et température subfébrile.

Ici, il n'y a pas de doute : il s'agit bien d'une thrombose inflammatoire, mais localisée sans doute à un petit segment de veine et, de ce fait, gênant peu la circulation.

D'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, ce qui est caractéristique de la phlébite légère, c'est moins la bénignité de ses symptômes que son évolution rapide : 15 à 20 jours en moyenne.

Ces formes sont intéressantes à connaître, car elles expliquent peut-être le succès, selon nous plus apparent que réel, de l'application des sangsues.

EN CE QUI CONCERNE LE PRINCIPAL SIGNE: LA DOULEUR, nous avons pu déterminer dans 32 cas les localisations suivantes :

Dans les mollets	27 fois
Dans toute la jambe	2 fois
Dans la jambe et le pied	1 fois
Dans tout le membre inférieur	1 fois
Face externe de la cuisse	1 fois

La douleur au niveau des mollets est donc la plus fréquemment rencontrée.

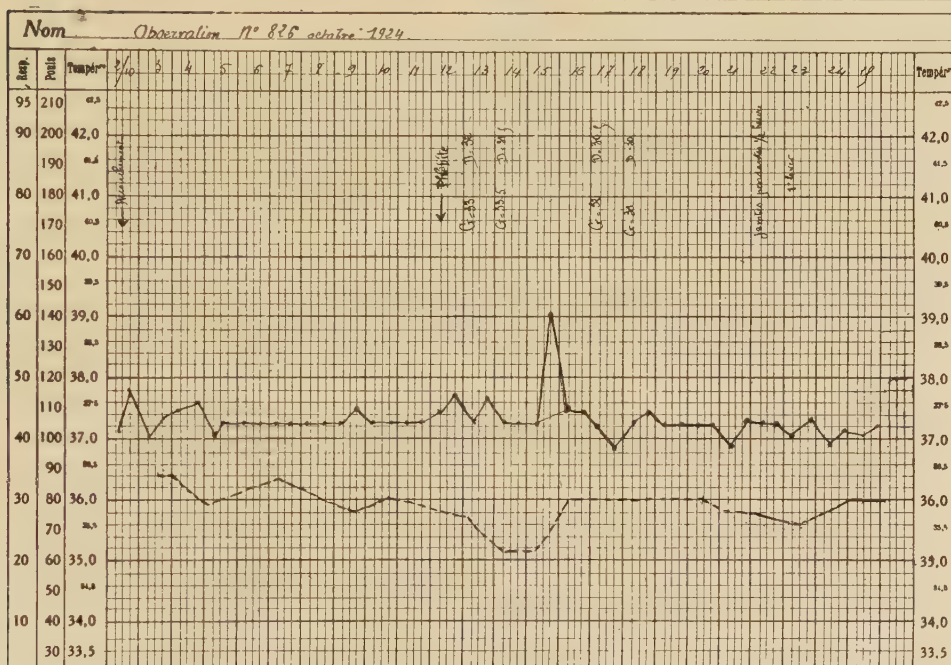
2° Signes prémonitoires

Nous nous sommes borné à l'étude de la courbe thermique des 20 phlébites légères survenues au cours de suites de couches sensiblement apyrétiques. D'après l'allure de cette courbe, on peut classer ces 20 cas en 3 groupes :

1^{er} GROUPE. — Courbe sensiblement horizontale ou légèrement descendante de 1/2 degré ; la température du soir est égale ou un peu supérieure à celle du matin : la courbe a l'aspect d'un « chapelet » ou d'un « vilebrequin ».

Salle

N°



Nous donnons ci-dessus l'observation n° 826, 1924, typique à cet égard.

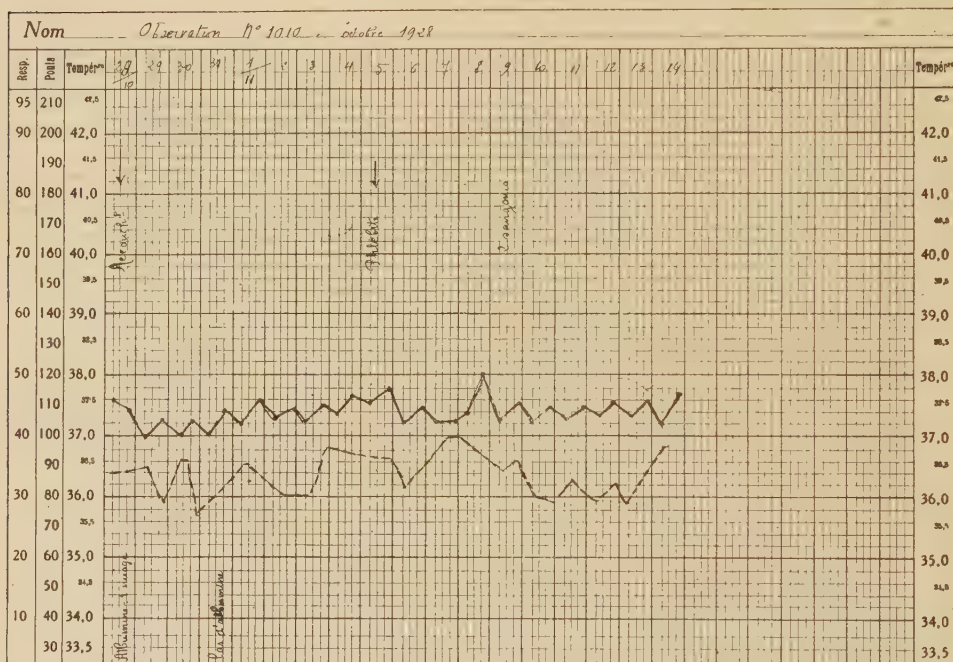
12 cas ressortissent à ce groupe :

816	1919	80	1923
873	1919	213	1923
135	1920	272	1923
251	1921	539	1923
130	1922	977	1923
1.037	1922	826	1924

2° GROUPE. — Courbe ascendante, « en escalier », avec oscillations de 1/2 degré, jusqu'à l'apparition de la phlébite ; elle s'élève de 1°, 1°5 dans une période de 7 à 10 jours.

Salle

N°



Ci-dessus la courbe typique de l'observation n° 1.010, 1928.

4 cas démonstratifs peuvent être classés dans ce groupe :

324 1926

218 1928

175 1927

1.010 1928

3^e GROUPE. — Il comprend 4 cas où la température paraît normale :

204	1924	1.043	1926
429	1925	1.206	1928

On peut admettre que ces phlébites sont en rapport avec une infection très atténuée: à ce propos, se pose la question des troubles de la coagulation du sang chez les accouchées.

CHAPITRE III

Evolution et complications des phlébites

Dans ce chapitre, nous envisagerons la question des phlébites au point de vue clinique, en groupant les formes typiques et les formes légères. En effet, lorsqu'on lit les traités classiques, on voit que les phlébites légères peuvent aussi donner des embolies moyennes ou petites ; que les phlébites graves laissent très souvent à leur suite des troubles trophiques parfois assez importants pour constituer une véritable infirmité. D'autre part, la proportion des phlébites doubles, par rapport au nombre total des cas, est très variable suivant les statistiques. Il nous a paru intéressant de reprendre, à l'aide de nos observations, l'étude de ces différents points :

- 1° Sièges de la phlébite des membres inférieurs ;
- 2° Date d'apparition ;
- 3° Durée ;
- 4° Embolies ;
- 5° Séquelles.

1° Siège des phlébites du membre inférieur

Voici les précisions obtenues :

a) PHLÉBITES UNILATÉRALES

Elles sont au nombre de 33 sur 58, soit 56,90 %, et se répartissent ainsi :

Phlébites classiques :

Gauches : 6 sur 23, soit 26,08 % ;

Droites : 3 sur 23, soit 13,04 %.

Phlébites légères :

Gauches : 16 sur 35, soit 45,71 % ;

Droites : 8 sur 35, soit 22,85 %.

N. B. — N'est pas compté : 1 cas de phlébite légère dont le côté est inconnu.

Dans l'ensemble :

Phlébites gauches : 22 sur 58, soit 37,93 % ;

Phlébites droites : 11 sur 58, soit 18,96 %.

b) PHLÉBITES BILATÉRALES :

Nous avons trouvé : 24 cas sur 58, soit 41,37 %, se répartissant de la manière suivante :

Phlébites classiques :

14 sur 23, soit 60,86 %, avec les caractéristiques suivantes :

6 ont débuté à gauche ;

7 ont débuté à droite ;

1 cas à évolution parallèle.

Phlébites légères :

10 sur 35, soit 28,57 %, dont :

3 ont débuté à gauche ;

3 ont débuté à droite ;

4 cas à évolution parallèle.

Remarques. — I. Nous avons évidemment rangé parmi les phlébites légères bilatérales, les cas où la symptomatologie comprenait : douleur dans les deux mollets avec légère réaction thermique et ascension du pouls.

II. Deux cas sont remarquables par leur évolution : il s'agit de deux phlébites, l'une classique (367, 1922), l'autre légère (938, 1924), qui ont commencé à gauche, continué à droite et repris à gauche : nous les avons comptées avec les phlébites bilatérales.

Une conclusion s'impose : c'est la fréquence de la bilatéralité dans les phlébites classiques (60,86 %) ; ce fait est bien connu : c'est la phlébite « à bascule ».

Au point de vue de L'IMPORTANCE DU SIÈGE, nous avons fait le total des phlébites gauches ;

des phlébites bilatérales ayant débuté à gauche ;

de même pour les phlébites droites.

On trouve :

Phlébites classiques :

Gauches : 12 sur 23, soit 52,17 % ;

Droites : 10 sur 23, soit 43,47 %.

Phlébites légères :

Gauches : 19 sur 35, soit 52,77 % ;

Droites : 11 sur 35, soit 31,42 %.

En tout :

Phlébites gauches : 31 sur 58, soit 53,44 % ;

Phlébites droites : 21 sur 58, soit 36,20 %.

6 cas ne sont pas comptés : (5 à évolution partielle, 1 dont le côté est inconnu), qui font : 10,36 %.

La phlébite est donc plus fréquente à gauche (53,44 %) qu'à droite (36,20 %), autre fait bien connu et expliqué par des raisons anatomiques sur lesquelles il est inutile de revenir.

2° Date d'apparition de la phlébite

Y a-t-il une date fixe d'apparition des premiers symptômes phlébitiques, cette date étant représentée par le jour où le diagnostic a été fait ? C'est ce que nous avons recherché.

Les 2 tableaux suivants résument nos constatations :

Phlébites classiques :

1^{re} semaine après l'accouchement (c'est-à-dire de 1 à 8 jours) : 5 cas, soit 21,73 % ;

2^e semaine après l'accouchement (c'est-à-dire de 8 à 15 jours) : 8 cas, soit 34,78 % ;

3^e semaine après l'accouchement (c'est-à-dire de 15 à 22 jours) : 8 cas, soit 34,78 % ;

4^e semaine après l'accouchement (c'est-à-dire de 22 à 30 jours) : 1 cas ;

5^e semaine après l'accouchement et plus : 1 cas.

La 2^e et la 3^e semaines réunissent donc 69,56 % des cas.

A noter que 5 phlébites classiques ont débuté moins de 8 jours après l'accouchement : ceci nous paraît une proportion plus élevée qu'on pourrait le croire à

priori ; peut-être ces phlébites sont-elles la suite de phlébites de la grossesse, inconnues ou latentes ?

Phlébites légères :

1^{re} semaine après l'accouchement : 17 cas, soit 48,57 % ;

2^e semaine après l'accouchement : 15 cas, soit 42,85 % ;

3^e semaine après l'accouchement : 3 cas.

Les 2 premières semaines réunissent donc 91,42 % des cas. On peut préciser davantage :

Du 1^{er} au 5^e jour après l'accouchement : 7 cas ;

Du 5^e au 10^e jour après l'accouchement : 18 cas, soit 51,42 % ;

Du 10^e au 15^e jour après l'accouchement : 7 cas.

Ces résultats sont sensiblement différents de ceux des phlébites classiques : on voit, en effet, que l'apparition de la phlébite légère est relativement précoce, puisque 51,42 % des cas apparaissent du 5^e au 10^e jour. Nous ne faisons que signaler ce fait sans pouvoir en donner une explication.

DANS LE CAS DE PHLÉBITES DOUBLES il est intéressant de savoir à quel moment apparaît la 2^e phlébite :

Phlébites classiques :

1^{re} semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 3 cas ;

2^e semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 6 cas ;

3^e semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 0 cas ;

4^e semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite :
4 cas.

1 cas n'est pas compté (évolution parallèle).

Phlébites légères :

1^{re} semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite :
3 cas ;

2^e semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite :
0 cas ;

3^e semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite :
3 cas ;

4^e semaine après l'apparition de la 1^{re} phlébite :
0 cas.

4 cas à évolution parallèle ne sont pas comptés.

Voici un tableau global :

Du 1^{er} au 10^e jour après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 8 cas, soit 33,33 % ;

Du 10^e au 20^e jour après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 7 cas, soit 29,16 % ;

Du 20^e au 30^e jour après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 3 cas ;

Du 30^e au 40^e jour après l'apparition de la 1^{re} phlébite : 1 cas.

Nous voyons que l'apparition de la 2^e phlébite est assez précoce, puisque 62,49 % apparaissent dans les 20 jours qui suivent l'apparition de la 1^{re} phlébite (5 cas non comptés représentant 20,83 %).

3^e Durée de la Phlébite

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

I. — Nous avons compté cette durée de l'apparition des signes de phlébite jusqu'au premier lever autorisé. Dans la grosse majorité des cas, ce premier lever est, en effet, mentionné dans l'observation.

II. — Dans quelques observations, cependant, cette convention ne pouvait jouer, bien que les limites fixées fussent connues : une angine, un abcès du sein venait prolonger la durée du séjour au lit ; c'est ainsi que nous avons éliminé l'observation n^o 398, 1924, avec angine au cours de la phlegmatia. Dans quelques cas, où l'affection intercurrente survint chez une femme apyrétique depuis quelques jours, les signes de la phlébite ayant complètement disparu, nous avons compté une durée théorique, mais suffisamment exacte, nous semble-t-il, allant jusqu'à la veille de l'angine ou de l'abcès du sein.

III. — Un cas (175, 1927) n'a pu être reconstitué, la feuille de température étant incomplète.

Voici maintenant un tableau résumé :

Phlébites classiques :

Durée : 30 à 40 jours : 1 cas ;

Durée : 40 à 50 jours : 6 cas ;

Durée : 50 à 60 jours : 5 cas ;

Durée : 60 à 70 jours : 1 cas ;

Durée : 70 à 80 jours : 4 cas ;

Durée : 80 à 90 jours : 2 cas ;
Durée : 90 à 100 jours : 1 cas ;
Durée : 100 à 110 jours : 1 cas ;
Durée : 110 à 120 jours : 0 cas ;
Durée : 120 jour et au-dessus : 2 cas.

Phlébites légères :

Durée : 5 à 10 jours : 9 cas ;
Durée : 10 à 20 jours : 13 cas ;
Durée : 20 à 30 jours : 11 cas.

On voit que :

a) La phlegmatia alba dolens classique nécessite un séjour au lit de 40 à 60 jours, dans la moitié des cas environ ; mais l'évolution peut être plus longue : 2 cas par exemple ont duré plus de 4 mois ;

b) En ce qui concerne les phlébites légères, elles évoluent, dans la majorité des cas, de 10 à 20 jours ; leur durée ne dépasse pas 1 mois.

4° Embolies

a) Nombre :

Embolies massives : 0.

Embolies moyennes et petites : 11.

Se répartissant ainsi :

10 sur 23 phlébites classiques, soit 43,47 % ;

1 sur 35 phlébites légères, soit 2,85 %.

b) Traduction clinique :

A ce point de vue, on peut distinguer :

Embolies se traduisant par : °

Point de côté et toux : 5 dans les phlébites classiques, 1 dans les phlébites légères ;

Signes pulmonaires : 4 dans les phlébites classiques, 0 dans les phlébites légères ;

Signes pulmonaires et pleuraux : 1 dans les phlébites classiques, 0 dans les phlébites légères.

c) Date d'apparition :

Phlébites classiques :

Après l'accouchement et avant l'apparition nette de la phlébite : 1 cas (6 jours après l'accouchement, 8 jours avant la phlegmatia).

Après la phlébite :

Du 4^e au 10^e jour : 5 cas ;

Du 10^e au 20^e jour : 0 cas ;

Du 20^e au 30^e jour : 2 cas ;

Du 30^e au 40^e jour : 1 cas ;

Du 40^e au 50^e jour : 0 cas ;

Du 50^e au 60^e jour : 0 cas ;

Du 60^e au 70^e jour : 1 cas.

Phlébites légères :

La seule embolie constatée est apparue le 11^e jour de la phlébite.

Ces résultats montrent que les embolies massives sont exceptionnelles dans les cas de phlegmatia constituée, puisqu'on n'en a pas vu à la clinique dans une période de 10 ans.

Par contre, les embolies moyennes et petites, se traduisant par les signes pulmonaires caractéristiques, sont assez fréquentes : 43,47 %.

Dans 1 cas : l'embolie a été le signe avertisseur de la phlébite ;

Dans les 10 autres cas, les signes de phlébite étaient déjà nets lorsque la complication est apparue.

Envisageons uniquement ces 10 observations :

6 embolies sont apparues au début de la phlébite (du 4^e au 11^e jour).

En ce qui concerne les 4 autres cas :

2 sont survenues du 20^e au 30^e jour de phlébites ayant duré 38 et 83 jours ;

1 est survenu le 31^e jour d'une phlébite ayant duré 85 jours ;

1 est survenu le 61^e jour d'une phlébite ayant duré 78 jours.

Il semble donc qu'on puisse dire (et cela se comprend facilement) :

Ces embolies surviennent surtout au début (60 %) et à la fin de la thrombose veineuse ; au début, car à ce moment, sans doute, le caillot n'est pas solidement constitué ; à la fin, parce qu'il a commencé sa désagrégation.

Ce sont là, du reste, des notions classiques, se vérifiant dans nos observations.

Remarque. — Signalons que :

Sur les 10 embolies survenues chez les phlébites classiques :

7 sont apparues chez des phlébites doubles ;

1 est apparue chez 1 phlébite droite ;

2 sont apparues chez des phlébites gauches.

L'unique embolie des phlébites légères est survenue chez une phlébite double :

Donc 8 embolies sur 11 (soit 72,72 %) ont été rencontrées chez des phlébites doubles.

5° Séquelles

Elles sont exceptionnelles dans les phlébites légères : nous n'en avons pas trouvé.

Elles sont rares dans les phlébites classiques : nous avons relevé les 7 cas suivants :

Léger œdème des jambes, persistant à la sortie :

4 cas, observations n° 156 (1921), 951 (1923), 87 (1923), 763 (1925) ;

Œdème persistant, gênant la marche :

1 cas, observation n° 1045 (1920) ;

Atrophie du mollet droit (après une phlébite double ayant débuté à droite) :

1 cas, observation n° 106 (1924) ;

Déviation rebelle du pied, persistant à la sortie :

1 cas, observation n° 26 (1925).

Ces résultats n'ont rien d'étonnant. La rareté des complications mécaniques nous paraît en rapport avec le traitement, plus rapide qu'autrefois, par mobilisation active et massage, faisant disparaître des troubles dus, sans aucun doute, à l'immobilisation prolongée.

CHAPITRE IV

Remarques à propos de l'étiologie et la pathogénie des phlébites, tirées de l'étude de nos observations

Reprenant nos 58 observations, il nous a paru intéressant de rechercher dans quelles circonstances cliniques étaient survenues ces phlébites : nous avons cherché le rapport pouvant exister entre ces thromboses et l'infection puerpérale ; nous avons retrouvé, d'autre part, plusieurs observations de phlébites survenues au cours de la grossesse, avant tout début de travail : il convient de les étudier dans ce paragraphe.

En second lieu, nous nous sommes demandé si ces femmes atteintes de phlébite des suites de couches étaient suspectes de syphilis. M. Favre, à Lyon, M. Chevallier, à Paris, ont soutenu que beaucoup de syphilitiques avaient une tendance à présenter des affections du système veineux, varices ou phlébites. M. Favre pense qu'en particulier, les phlébites des

veines superficielles, localisées, par exemple, à la sa-phène interne, sont souvent en rapport avec la syphi-lis. Nous consacrerons donc un paragraphe à l'étude de ces faits.

Dans une dernière partie, nous nous occuperons des rapports des phlébites des membres inférieurs avec les phlébites utéro-pelviennes.

1° Rapports de la phlegmatia avec l'infection puerpérale

a) Phlébites apparaissant au cours ou à la suite d'une infection puerpérale nette, mais plus ou moins marquée :

Phlébites classiques :

Observations n^{os} :

121	1920	367	1922	106	1924
1.045	1920	564	1922	909	1924
41	1921	87	1923	789	1925
156	1921	384	1923	1.190	1928
180	1924	697	1923	1.204	1928
601-602	1921	951	1923	1.205	1928

Soit 18 cas sur 23 : 78,26 %.

Phlébites légères :

Observations n^{os} :

625	1919	48-49	1922	817	1924
44	1920	194	1922	908	1924
553	1920	117	1923	938	1924
1.158	1920	212	1923	424	1925
5	1922	898	1923	851	1928

Soit 15 cas sur 35 : 42,85 %.

Au total : 33 cas sur 58, soit 43,11 %, pouvant s'expliquer par cette étiologie classique.

b) Voyons les cas où la phlébite apparaît au cours de suites de couches sensiblement apyrétiques, où il ne s'agit pas, en tout cas, d'infection puerpérale caractérisée.

Phlébites classiques :

Observations n° :

76	1922	26	1925	92	1928
229	1923	763	1925		

Soit 5 cas sur 23 : 21,74 %.

Phlébites légères :

Observations n° :

816	1919	213	1923	324	1926
873	1919	272	1923	1.043	1926
135	1920	539	1923	175	1927
251	1921	977	1923	218	1928
130	1922	204	1924	1.010	1928
1.037	1922	826	1924	1.206	1928
80	1923	429	1925		

Soit 20 cas sur 35 : 57,15 %.

Au total : 25 cas sur 58, soit 43,11 %.

L'étude de ces observations montre qu'il a été pratiqué :

Phlébites classiques :

76 1922 ; craniotomie, délivrance artificielle.

Phlébites légères :

873 1919 : Révision utérine pour rétention ;

- 135 1920 : Révision utérine pour rétention ;
251 1921 : Révision utérine pour rétention ;
1.037 1922 : Révision utérine pour rétention ;
80 1923 : Forceps pour une présentation du front ;
324 1926 : Périneorrhaphie.

Ces interventions expliquent peut-être :

Dans les phlébites classiques : 1 cas ; mais il reste 4 cas sur 23, soit 17,39 % ;

Dans les phlébites légères : 6 cas ; mais il reste 14 cas sur 35, soit 40 %.

Il reste donc : 18 cas sur 58, soit 31,03 %, où l'étiologie n'a pu être mise en évidence.

c) C'est dans ce chapitre qu'il convient de parler des phlébites de la grossesse : nous en avons trouvé 5 en 10 ans et sur 11.266 observations.

Nous avons recherché principalement :

- 1° Leur date d'apparition au cours de la grossesse ;
- 2° Leur évolution : ont-elles guéri avant l'accouchement ? Ont-elles persisté, avec ou sans nouvelle poussée phlébitique ?

Le tableau suivant résume rapidement ces 5 observations.

Remarques. — I. — Sur ces 5 phlébites, 3 seulement ont été constatées dans le service : n^{os} 355, 1921 ; 306, 1921, et 669, 1924.

II. — 4 de ces femmes étaient des primipares, 1 multipare.

III. — Leur âge variait de 21 à 31 ans.

Observ.	Année	Age	Parité	Côté	Apparition	Sort de la phlébite avant l'accouchement	Après accouchement	Observations
306	1921	21	I	Phlébite légère droite	au début de la grossesse	guérie	4 ^e jour poussée légère à G.	A 20 ans, salpînx probable. Avant l'accouchement : douleurs abdominales non en rapport avec le salpînx. Après l'accouchement douleurs dans les fosses iliaques.
355	1921	26	I	Phlébite double	2 mois avant accouchement	non guérie	9 ^e jour poussée légère à G.	Rhumatisme articulaire aigu à 15 ans. Grippe au début de la grossesse. 8 jours après phlébite. Révision ultérieure pour rétention. Prélevé 4 mois après l'accouchement.
305	1923	29	I	côté inconnu	au début grossesse	probabl guérie	3 ^e jour poussée légère à G.	Rien à signaler
334	1924	28	II	Phlébite légère gauche	2 mois avant accouchement	probablement guérie	8 ^e jour poussée légère à G.	Anémie de 15 à 20 ans Délivrance artificielle
669	»	31	I	Phlébite légère droite	au début de la grossesse	non guérie	* L'œdème diminue progressivement après l'accouchement. Pas de nouvelle poussée phlébitique.	Phlébite apparue dans la convalescence de rhumatisme articulaire aigu (ce dernier étant apparu 7 mois avant l'accouchement). 1 ^{er} lever : 31 jours après l'accouch.

IV. — On note :

1 phlébite double ;

2 phlébites droites ;

1 phlébite gauche ;

1 phlébite dont le côté est inconnu.

V. — Ces phlébites ont eu l'évolution suivante :

1 guérie avant l'accouchement ;

2 probablement guéries ;

2 évoluant encore au moment de l'accouchement.

VI. — Dans les 10 premiers jours des suites de couches, 4 femmes sur 5 ont subi une nouvelle poussée phlébitique à gauche.

VII. — En ce qui concerne l'étiologie :

Dans un cas, on note :

Rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents ;

Phlébite apparue le 8^e jour d'une grippe du début de la grossesse.

Dans un deuxième cas :

Phlébite apparue pendant la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu qui avait débuté 7 mois avant l'accouchement.

VIII. — Au point de vue pathogénie, la première observation (306, 1921) fait penser à la possibilité d'une phlébite utéro-pelvienne.

2° Rapports avec une syphilis possible

Sur 58 phlébites, nous avons trouvé 3 cas de syphilis certaines. (Voir : Counil, *thèse Lyon*, 1930.)

Phlébites classiques :

- 41 1921 : syphilis certaine de l'enfant.
156 1921 : femme hérédo-syphilitique.

Phlébites légères :

- 80 1923 : syphilis certaine de l'enfant.

Cette proportion est évidemment très faible. Nous effectuons, il est vrai, notre travail dans de mauvaises conditions : nous relisons des observations prises à une époque où l'attention n'était pas attirée vers la possibilité de rapports étroits entre la phlébite et la spécificité ; de plus, nous avons pris uniquement les syphilis certaines, et, parmi celles-ci, les syphilis vues et diagnostiquées à la clinique ; il est donc vraisemblable qu'elles sont en plus grand nombre.

En tenant compte de ces réserves, il semble cependant que, dans les phlébites du post-partum — et nous n'envisageons que celles-là — le rôle de la syphilis soit assez restreint, le facteur étiologique essentiel étant constitué par une infection très souvent atténuée.

3^e Rapports entre la phlegmatia
et la phlébite utéro-pelvienne

Dans 4 observations seulement nous avons trouvé mentionnée l'existence de cordons indurés au niveau des culs-de-sac vaginaux, étendant leurs ramifications vers la paroi pelvienne :

Observations n^os 180 (1921), 367 (1922), 1.205 (1928),

parmi les phlébites classiques ; 816 (1919), parmi les phlébites légères.

Dans ces 4 cas, constatés quelques jours après l'accouchement, avant ou pendant les premiers jours de la phlegmatia, il s'agit certainement de phlébites utéro-pelviennes.

Ces observations assez nettes sont intéressantes, parce qu'elles suffisent à démontrer les relations existant entre la thrombose des veines iliaques, des veines utéro-pelviennes et des pédicules péri-utérins.

Dans tous nos autres cas, rien n'est mentionné à ce sujet. Ces faits négatifs ne possèdent aucune signification : la plupart des femmes en question n'ont pas été touchées au début de la phlébite, ou du moins, aucune mention n'en apporte la preuve ; en second lieu — et c'est la principale raison — nous savons bien qu'une exploration vaginale correctement faite ne permet pas toujours d'affirmer l'existence d'une phlébite utéro-pelvienne, surtout si cette phlébite est localisée au pédicule supérieur.

Pour ces raisons, nous nous refusons à faire un pourcentage qui serait manifestement faux. Nous dirons simplement, que sur 58 phlébites on a pu, dans 4 cas, mettre en évidence l'existence d'une thrombose utéro-pelvienne ; il est vraisemblable de penser qu'il en a été ainsi les autres fois. En effet, la thrombose des pédicules veineux péri-utérins paraît être le premier stade de la phlegmatia des membres inférieurs ; elle cheminerait ensuite, silencieusement, jusqu'aux iliaques : cette phase correspondant à la période cli-

nique, silencieuse elle aussi, qui précède la phlébite et dure une douzaine de jours en général. A ce moment seulement la thrombose de l'iliaque se traduirait par les signes caractéristiques de la phlegmatia.

Conclusions

1° Pendant une période de 10 ans (de 1919 à 1928) et sur 11.266 accouchements, nous avons relevé à la Clinique Obstétricale de la Charité 23 observations de phlébites typiques et 35 observations de phlébites légères ou frustes. Ces complications ont donc été rencontrées chez 5 pour 1.000 environ de nos accouchées. Ce pourcentage s'abaisse à 2 pour 1.000 si on considère seulement les phlébites classiques.

2° L'analyse de nos observations permet de faire les quelques remarques suivantes :

Ces complications apparaissent rarement chez les femmes âgées de moins de 20 ans. Elles sont nettement plus fréquentes chez les primipares (70 % environ). Ce qui nous a surtout intéressé, ce fut de constater la fréquence beaucoup plus marquée des complications phlébitiques pendant les mois d'hiver, de novembre à avril.

3° A côté des phlegmatia alba dolens classiques, on observe des phlébites légères ou frustes qui sont surtout caractérisées par leur évolution rapide vers la guérison et par le fait que, seuls, un ou deux symptômes locaux peuvent être mis en évidence. Ces formes légères sont plus fréquemment rencontrées que les formes classiques : nous en avons relevé 35 observations contre 23.

Cependant, tout comme les formes classiques, ces phlébites légères sont susceptibles de provoquer des complications graves de nature embolique, complications qui ont été observées dans 3 % des cas. Ce pourcentage est nettement inférieur à celui de ces mêmes complications observées dans les phlébites classiques, pourcentage qui atteint 45 % environ.

4° Au point de vue étiologique, 33 phlébites sur 58 ont été observées au cours de suites de couches fébriles et paraissent liées très étroitement à une infection puerpérale plus ou moins grave.

Dans 25 cas, ces complications sont survenues alors que les suites de couches étaient sensiblement apyrétiques.

De même, nous avons relevé 5 cas de phlébites survenues au cours de la grossesse, avant tout début de travail.

Bien que les complications phlébitiques paraissent toujours être sous la dépendance d'une infection, ces observations de phlébites de la grossesse ou de phlébites du post-partum apparaissant sans prodromes

infectieux caractérisés, posent le problème des rapports existant entre ces thromboses et les modifications de la coagulation du sang au cours de la grossesse et des suites de couches.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, VORON.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 13 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Résumé des observations

Phlébites classiques

N°	Année	Observation	Age	Parité	Siège de la phlébite du membre inférieur	Côté par lequel la phlébite a commencé la phlébite bilatérale	Date d'apparition de la phlébite après l'accouch.	Date d'apparition de la 2 ^e phlébite après le début de la 1 ^{re} dans le cas de phlébites bilatérales uniquement	Date d'apparition des accidents emboliques	Durée de la phlébite en jours	Interventions	Observations
1	1920	121	25	I		G	34 ^e j.	8 ^e jour		77	Révision utérine p. rétention	
2	"	1045	49	I		G	9	30	7 ^e j. de la phlébite	144		
3	1921	41	25	III		G	20	4		40		
4	"	156	33	I		G	20	12		73		
5	"	180	20	I		D	8	42		38		
6	"	601-602	37	II	Droite		41			43	délivrance art.	gémellaire
7	1922	76	26	II	Droite		48			45	craniotomie	
8	"	367	32	IV		G puis D puis G	9	3 ^e puis 17 ^e		78	délivrance art.	placenta previa
9	"	564	38	I		D	5	24		59		bassin léger.
10	1923	87	33	I		G	41	8		71		rétréci et aplati
11	"	229	26	IV		D	16	3		85		
12	"	384	32	I		G	3	42		120		
13	"	697	25	I	G		47			65	forceps	
14	"	151	32	IV	D		2	42		45		
15	1924	105	24	I		D	7	15	6 ^e j après l'acc. et 8 jours avant la phlébite	46	délivrance art.	albuminurie gravidique forte
16	"	909	20	I		D	8			51		
17	1925	26	25	I			21		9 ^e j. de la phlébite	96		
18	"	763	38	I	G		11			102		
19	"	789	33	I	G		5			58		
20	1928	2	26	II	G		9			57		
21	"	1190	40	I		D	49	27		83	forceps	
22	"	1204	28	I	G		21				délivrance art.	
23	"	1205	20	I		D	27	22		48	révision utérine p. rétention	infection grave type pyohémique

Phlébites légères

1919	625	26	I	G	évol. parallèle	22 ^e j.	3 ^e jour 16	14 ^e j. de la plébie	23	césarienne	bassin généralement rétréci
2	816	40	IV	G		7			12	révision utérine p. rétention	fibrome
3	873	37	IV	G		10			21	"	
4	44	23	I	G		4			18	"	hydramnios
5	135	35	I			6			10	"	
6	553	29	III		G	4			24	"	
7	1158	30	I		D	3			19	"	
8	251	39	IV	D		5			8	"	
9	211 ^{1/2}	21	I	G		9			16	perinéorrhaphie version sur pied précédent délivrance artific.	gémellaire
10	48-49	29	I	D		10			15	"	
11	130	38	II	G		7			17	"	
12	194	28	I	G		10			25	révision utérine p. rétention forceps	polyhydramnie présent. front
13	1037	20	II	D		4			13	"	
14	80	30	I	G		11			11	"	
15	117	21	I		D	11	6		22	"	
16	212	29	II		évol. parallèle	6			9	"	
17	213	23	II	G		7			7	"	
18	272	41	III		D	7	17		24	"	
19	539	29	II	D		6			20	"	
20	898	33	II	D		10			6	"	
21	977	34	I		G	6	19		28	"	
22	201	19	I		évol. parallèle	7			5	"	bassin asymétrique
23	817	37	I	G		12			12	"	
24	826	38	II	G		11			10	"	
25	908	24	I	G		6			8	"	
26	938	39	VI		G puis D puis G	2			33	"	
27	424	20	I	G		19	6 ^e puis 16 ^e		18	"	
28	4-9	20	I		évol. parallèle	9			11	"	
29	324	20	I	D		12			19	perinéorrhaphie	
30	1043	33	I	G		9			7	"	
31	175	25	I	?		5			?	"	
32	218	27	I	G		13			21	"	
33	851	19	I	G		17			22	"	
34	1010	23	II	D		9			8	"	
35	1206	33	II	D		12			8	"	

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
--------------------	---

EXAMEN DES FAITS OBSERVÉS

<i>Chapitre Premier.</i> — Statistiques générales.....	15
--	----

<i>Chapitre II.</i> — Etude des phlébites légères	21
---	----

<i>Chapitre III.</i> — Evolution et complications des phlébites.....	29
---	----

<i>Chapitre IV.</i> — Remarques à propos de l'étiologie et la pathogénie des phlébites, tirées de l'étude de nos observations.....	41
--	----

Conclusions ...	51
-----------------	----
